

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

659

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Irène DUVANO

née le 13 octobre 1932 à Paris XVI°

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA PHOBIE DE L'ECOLE CHEZ L'ENFANT

Président : Mr CATHALA, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS.V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Irène DUVANO

née le 13 octobre 1932 à Paris XVI°

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA PHOBIE DE L'ECOLE CHEZ L'ENFANT

Président : Mr CATHALA, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e



RECEIVED

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE
2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUQUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{me} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	LEGER (L.)
	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
Beaujon Cochin Hôtel-Dieu Pitié Saint-Antoine Salpêtrière Tenon	OLIVIER (Cl.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	GASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales	SOULIÉ (P.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	BROUET (G.)
	BARIÉTY (M.)
	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
Boucicaut Broussais Cochin Cochin Hôtel-Dieu Lariboisière Pitié Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	DEBRAY (C.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	GENNES (L. de)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DEROT (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DAVID (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	GARCIN (R.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	MERGER (R.)
	VARANGOT (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	RENARD (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	AUBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	BERNARD (E.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	MICHAUX (L.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DECHAUME (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	GAULTIER (M.)
Clinique toxicologique	PADOVANI (P.)
Clinique traumatologique	DOMART (A.)
Sémiologie médicale	POILLEUX (F.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	COUVELAIRE (R.)
Clinique urologique (Necker)	TURPIN (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) CAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	ABELANET (R.) BUSSE (F.) CHOMETTE (G.) GUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRIGAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (G.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pathologie médicale	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pédiatrie-Puériculture	

	MM.		MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	BARRES (G.)		{ DENIKER (P.) DUCHE (D.)
Physiologie	DEJOURS (P.) DURAND (J.)	Psychiatrie infantile	{ FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
	GIRARD m. conf.		
	HUGELIN (A.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	SCHERRER (J.)		{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{re} A.) m. c. agr.
	CHANTEUR (J.)	Stomatologie	{ GRELLET (M.)
	GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.		
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf.		{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
	MILHAUD (G.)	Thérapeutique	{ MARCHE (J.)
	PELLERIN (P.)		
	ROUCAYROL (J.-Cl)		
	TUBIANA (M.) m. conf.		
	KREIS (B.)		
Pneumo phtisiologie	MEYER (A.)	Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.)
	RENAULT (P.)		{ QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ D'ESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
	{ ABOULKER (P.) AMELINE (A), pr. s. ch.	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)		
	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	THIEFFRY (S.)		
	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique obstétricale		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE { BOLTANSKI (E.) LAUNAY (G.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma mère,

A mon père,

Avec mon affection et ma reconnaissance.

A Madame BERENCE qui m'a inspiré tout au long de mes études.

A Monsieur le Professeur CATHALA
Professeur de Clinique des maladies des enfants
à l'Hopital des Enfants Malades

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
En hommage de respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Clément LAUNAY

Médecin de l'Hopital Hérault

Chargé des cours d'hygiène scolaire et universitaire

Qui m'a inspiré ce travail et m'a permis
d'utiliser les observations de son service
Qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur ALISON

Médecin des Hopitaux

A mes maîtres en Externat

A mes maîtres de la Faculté

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA PHOBIE DE L'ECOLE CHEZ L'ENFANT

La phobie scolaire est une phobie particulière apparaissant dans l'enfance et l'adolescence, elle peut-être définie comme une incapacité totale ou partielle d'aller à l'école résultant d'une peur irrationnelle d'un aspect quelconque de la situation scolaire.

Au moment de quitter la maison pour aller à l'école beaucoup d'enfants font l'expérience de la crainte, mais certains ont alors une véritable panique insurmontable qui se traduit par le refus d'aller en classe.

Cette phobie est pourtant différente des autres phobies en ce sens qu'elle n'est pas liée à un objet ou à un phénomène précis comme la phobie de l'eau ou des animaux par exemple, elle englobe la situation scolaire en totalité. Elle est plus qu'une simple peur de l'école, il s'agit d'une véritable angoisse hors de proportion avec ce que l'enfant pourrait redouter de l'école.

La plupart des enfants reflètent dans leur comportement scolaire leurs difficultés affectives, familiales, anxiété, sentiments d'inadaptation, mais de façon transitoire ou mesurée. Au contraire, chez les enfants qui nous interrogent existe pratiquement toujours une perturbation du lien mère-enfant ou d'un autre lien affectif et surtout une anxiété de se séparer de la mère, cette angoisse envahit entièrement l'enfant, domine tout, c'est pourquoi certains auteurs préfèrent le terme "d'anxiété de séparation" à celui de phobie scolaire qu'ils trouvent impropre. Comme dans toutes les phobies l'angoisse existe dans la phobie scolaire mais elle est déplacée de son objet réel : la séparation d'avec la mère ou tout autre situation spécifique de la vie quotidienne, sur la situation scolaire.

D'autres auteurs insistant sur ce caractère angoissant parlent plus volontiers de "refus anxieux d'aller à l'école" sans tenir compte du caractère obsessionnel de la phobie.

HISTORIQUE

Longtemps méconnue ou laissée de côté la phobie scolaire a surtout suscité de l'intérêt dans les pays anglo-saxons depuis une vingtaine d'années seulement. Des études systématiques faites récemment dans les écoles ont révélé un certain nombre de phobie latente.

Nous n'avons pas trouvé dans la bibliographie française d'autre travail que celui de C. LAUNAY.

Il faut d'emblée opposer la phobie scolaire à l'école buissonnière. Si dans cette dernière une connaissance plus complète de l'enfant met souvent à jour une certaine anxiété celle-ci n'est pas dominante. L'école buissonnière se passe tout de même dans un climat de détente, d'amusement. L'enfant part à l'aventure joyeux et inconscient, revient si possible à l'heure chez lui pour faire durer plus longtemps le plaisir de la promenade et de la découverte.

Où encore c'est ce qu'il est convenu d'appeler "le vagabondage de la prédélinquance", l'enfant ou l'adolescent est pris par d'autres occupations plus intéressantes ou plus importantes, parfois par l'activité d'une bande. De toute façon, il cherche à tromper maître et parents délibérément et ne se sent malheureux ni d'être séparé de sa mère, ni de manquer l'école.

Au contraire, l'enfant phobique est anxieux à la fois du fait de la séparation et de ne pouvoir aller à l'école ; habituellement il ne s'en cache pas et même dit qu'il voudrait aller en classe mais il est incapable de la faire.

FAITS CLINIQUES

Notre travail porte sur l'étude de 25 cas d'enfants d'intelligence normale âgés de 4ans 10 mois à 15 ans 4 mois lors de la première consultation, dont le plus âgé a actuellement 21 ans. On peut distinguer deux formes de phobie scolaire, celle de l'enfant petit entrant habituellement pour la première fois à l'école entre 4 à 6 ans et celle de l'enfant plus grand ou de l'adolescent ayant déjà suivi une scolarité de durée variable.

L'ENFANT PETIT : La forme du petit enfant est plus rare parmi les dossiers étudiés probablement parceque plus bénigne et souvent rapidement résolue, elle est alors classée dans les difficultés scolaires banales (5 cas de 4 ans 10 mois à 6 ans 8mois seulement).

En règle générale chez l'enfant petit les manifestations sont spectaculaires. Conduit à l'école par sa mère l'enfant refuse d'entrer

malgré les supplications, il crie, trépigne, vomit. Crise de colère, cris et pleurs, impossibilité de séparer l'enfant de sa mère impressionnent beaucoup celle-ci et aussi parfois la maîtresse.

Le début est toujours brutal dès la première rentrée à la maternelle, assez souvent lors de l'entrée à la grande école dans une vraie classe.

L'anxiété du petit enfant peut au début être liée uniquement à la crainte d'un maître par exemple mais elle s'étend rapidement à l'école en général.

Après cette première manifestation selon le cas ou la mère cède se rendant compte de l'anxiété de l'enfant et remet à une date ultérieure l'entrée en classe ou bien s'obstinant ramène chaque jour de force son enfant terrorisé à l'école ne voyant dans cette attitude qu'une opposition et ne comprenant pas qu'il s'agit là d'un refus de la quitter.

Le plus souvent quelques moyens simples visant à rassurer l'enfant, sans cependant le laisser à la maison, viennent à bout de cette peur panique des débuts de la scolarité.

Ici déjà il est clair qu'il s'agit de la crainte de se séparer de la mère symbole de la joie et de la sécurité pour entrer dans un monde inconnu et sévère paraissant effrayant.

Mais tout n'est pas toujours aussi simple et de jeunes enfants ont souvent besoin d'un assez long traitement pour retrouver la sécurité nécessaire à une scolarité normale. D'autre part les récidives ne sont pas exceptionnelles, quelques années plus tard, dans le passé d'enfants plus grands vus pour phobie scolaire on retrouve fréquemment un refus dans le début de la scolarité.

OBSERVATION 5 H.G.

Il s'agit d'un garçon de 5 ans adopté à l'âge de 18 mois par un ménage stable, produisant bonne impression. Ils ont un premier fils adoptif, plus âgé de 7 ans. Les deux frères sont au courant de l'adoption et G en parle sans émoi.

A 4 ans il commence à aller à l'école maternelle et c'est le premier refus, mais la mère tient bon pendant trois mois au bout desquels tout s'arrange, l'enfant s'est habitué à sa nouvelle situation.

Lorsqu'on le voit, après une période satisfaisante de cinq ans environ, le refus scolaire est total, il a peur de son maître qui a été brutal. On a obtenu qu'il retourne en classe pendant deux jours, puis le frère aîné tombe malade et G. ne veut pas retourner seul à l'école.

Parallèlement il est devenu coléreux, on propose un changement de classe et un traitement sédatif, pendant trois semaines plus calme tout semble normal, mais à nouveau il ne retourne pas à l'école prétendant qu'il ne peut pas se réveiller le matin.

On décide l'hospitalisation.

Il s'agit d'un garçon intelligent, très fixé à sa mère, difficile en salle les premiers jours, il s'adapte progressivement aux autres enfants et à la vie scolaire.

Rentre content chez lui, les parents sont détendus.

Deux ans plus tard on revoit l'enfant qui est en 6ème. Le premier trimestre s'est bien passé, mais depuis la rentrée du 2ème trimestre panique à l'idée d'entrer à l'école.

Finalement on entreprend une psychothérapie tout en cherchant une solution scolaire rapide pour ne pas laisser se prolonger cette période d'absentéisme qui le lèse au point de vue de ses connaissances et surtout crée chez lui une culpabilité qui rend la solution de plus en plus difficile.

L'ENFANT PLUS AGE :

Chez l'enfant plus grand, le début est souvent masqué, les scènes spectaculaires sont plus rares, mais peuvent se voir.

Facilement camouflée derrière des motifs plus ou moins acceptables ou des manifestations somatiques, c'est ici que la phobie scolaire peut passer inaperçue pendant un certain temps.

De nombreux malaises servent de prétexte à rester chez soi - troubles digestifs surtout, douleurs abdominales violentes, nausées, vomissements se répétant tous les matins avant le départ en classe, anorexie, caprices alimentaires, céphalées très vives, fatigue, à peu près tout peut se voir. Ces malaises se répètent chaque matin et disparaissent souvent les jours de congé ou pendant les vacances.

Parfois l'enfant a mal ou se met à vomir à l'école et le maître est obligé de le renvoyer chez lui, ainsi l'enfant voulait aller à l'école mais il en est empêché par sa mère ou même par son maître, car il est malade. Le médecin peut accorder à l'enfant le bénéfice secondaire de rester chez lui en prescrivant outre le traitement des ménagements et le repos à la maison. Enurésie et encoprésie diurne peuvent se voir, mais surtout chez les plus petits et ce sont des symptômes plus rares.

Enfin la phobie peut être totalement camouflée pendant un certain temps, l'enfant partant le matin pour l'école et rentrant à l'heure prévue. L'enfant est pris pour un fugueur ou encore on taxe sa conduite d'école buissonnière. Cependant en interrogeant l'enfant on s'aperçoit rapidement qu'il désire aller à l'école mais ne peut s'obliger à le faire. Il raconte qu'il erre sans but à travers les rues, anxieux de sa situation car il ne peut rentrer chez lui et avouer qu'il ne va pas en classe, ni retourner à l'école où on découvrirait la supercherie. Certains partent le matin fermement décidés à ne pas manquer la classe mais arrivés devant la porte de l'école la crainte les reprend et ils font demi-tour.

Finalement le maître ou les parents découvrent la situation et l'enfant est alors plutôt soulagé, il raconte que ce n'est pas par goût de l'aventure ou par plaisir qu'il s'est ainsi promené dans les rues, mais bien dominé par une angoisse qu'il n'arrive pas à expliquer.

OBSERVATION 22 B.J.

Ainé d'une famille de 5, seul garçon, le père est instituteur, la mère institutrice. Vu pour la première fois à 12 ans.

J. est un enfant intelligent, timide, très émotif, souvent la tête de turc de sa classe.

Vers 6-7 ans il a fait une fugue entraîné par un camarade plus âgé. Jusqu'à la sixième (cours complémentaires) scolarité normale. Entre en cinquième au Lycée, dès le début malaise dû à la fois au changement de méthode et à l'abondance des matières littéraires.

A ce moment deux incidents appelés fugues se produisent, l'enfant est parti du lycée, il a marché dans la rue assez longtemps et est rentré le soir chez lui sans avoir rejoint le lycée. Il reste imprécis sur ce qu'il a fait "je suis parti, j'en avais assez, j'ai marché dans la rue". Il est évident que l'enfant est dans un grand malaise au lycée et le fait

est qu'il n'est pas au niveau de sa classe en mathématiques et qu'il a de mauvaises places.

Vers le mois de décembre, (les fugues ont eu lieu en novembre) on le remet à l'école primaire. Au bout de quinze jours nouvelle absence de la classe, il reste dans la rue. Une fois reconnu par un ami de sa mère, il se laisse reconduire en classe et semble en être heureux.

Un examen psychologique montre une intelligence normale $QI = 110$ au Terman. Les tests projectifs montrent un sentiment de culpabilité surtout vis à vis du père. Figure maternelle considérée comme bienveillante, affectueuse. L'enfant est un peu passif et a besoin de l'aide de son entourage.

J. vit avec ses parents, ses quatre sœurs et sa grand'mère maternelle dans un petit logement, il lui arrive d'être obligé de travailler sur le palier, car il n'y a pas de place dans la maison.

La grand'mère très autoritaire régent la maison. Madame D. préfère céder à sa mère pour avoir la paix, d'où un climat de contrainte et de dispute. C'est une grande émotive, facilement inhibée avec des troubles vaso-moteurs rougeurs constantes, quand elle était petite, surtout en classe, elle a gardé le souvenir d'avoir été grondée en classe à la suite de rougissements.

Elle s'occupe beaucoup de J, c'est une femme douce et très attentive. Monsieur D. est très emporté, très coléreux, il s'occupe peu de son fils, préfère ses filles.

L'enfant est pris en psychothérapie à une époque où étant revenu chez lui il ne voulait pas retourner en classe depuis 10 jours. Il en ressort que les fugues sont des sortes de paniques obsédantes "Je sens comme une obligation de me sauver...je ne sais pourquoi je me sauve" J. rappelle qu'il se sauvait déjà à 6-7ans. "A cet âge je me suis sauvé de chez moi alors que j'étais avec ma grand'mère qui est très autoritaire".

Cette fugue avait lieu pendant un accouchement de sa mère. Il a fui l'autorité de la grand'mère. La fugue actuelle est une sorte de réveil de cet incident d'autrefois où il ressentait péniblement l'autorité de sa grand'mère.

J. se plaint constamment de la grand'mère, surtout de l'attitude qu'elle a avec sa mère ; il prend le parti de celle-ci et fait bloc avec

elle. Il se confirme que celle-ci joue un grand rôle dans l'attitude oedipienne.

La mère veille à ce que J. se maintienne à l'école, il s'y maintient, mais est très irritable à la maison.

Nouvel incident de panique 5 ou 6 jours après le retour à l'école, en allant en classe il a laissé son cartable à la mairie, il revient le chercher au moment de rentrer chez lui et ne le retrouve plus, de sorte qu'à son retour la mère voit ce qui s'est passé.

Les 3 jours suivants l'enfant ne veut pas aller en classe.

Madame D. dit qu'à chaque fugue elle trouve que son fils revient avec un regard très dur un peu fixe et le visage livide. Les symptômes d'anxiété sont évidents.

J. parle de ses fugues comme d'une force indépendante de lui à laquelle il est contraint de se soumettre.

La psychothérapie dure une douzaine de séances. Il s'agit d'une situation oedipienne en train d'évoluer. Ses fugues sont en fait des paniques scolaires, elles se font sous le signe de l'anxiété. Il ne s'agit pas de l'école buissonnière, l'enfant est fatigué et las. Visiblement le refus de la classe est lié à l'angoisse, laquelle est liée à la situation oedipienne.

Dans les dernières séances : identification à un père idéal, image d'un père juste et puissant.

L'année suivante scolarité normale, bon classement en 5ème, beaucoup plus ouvert à la maison, mais le conflit avec la grand-mère dure toujours. Cependant les parents ont changé de logement et le fait d'avoir une chambre a transformé sa vie, il peut s'y réfugier contre la grande mère.

En conclusion les phobies scolaires de J. se relient incontestablement à la symbiose oedipienne mère-fils extrêmement aggravée par la présence et l'attitude de la grand-mère et par le logement trop étroit.

En réalité ce n'est pas tellement l'âge qui sépare les deux formes de phobie scolaire, mais l'importance des perturbations à l'origine de celle-ci. Dans les cas bénins l'anxiété est facilement surmontée, dans les autres cas, elle n'est qu'un élément des perturbations de sa personnalité.

PERSONNALITE DE L'ENFANT
AYANT UNE PHOBIE DE L'ECOLE

Souvent pour justifier leur peur d'aller à l'école, les enfants invoquent des motifs divers dont se contentent parfois les parents. Camarades brutaux, mésentente avec le maître, peur d'une punition, crainte de ne pas savoir réciter peur du ridicule. Ces motifs ne représentent jamais la cause réelle des craintes de l'enfant, parfois ils cristallisent une angoisse latente ou servent de point de départ à la phobie, mais leur disparition, changement de classe par exemple, ne suffit pas à tout faire rentrer dans l'ordre. Ces motifs sont souvent invoqués par les mères; elles insistent là-dessus montrant ainsi leurs ambivalences vis à vis de l'enfant, d'une part elles voudraient le voir aller à l'école, se développer normalement, mais d'autre part elles ont peur de le perdre, de ne plus pouvoir le protéger et inconsciemment elles utilisent les prétextes donnés par l'enfant.

On trouve fréquemment des incidents obsessionnels associés ~~par~~ accompagnant le refus scolaire, phobie des taches, des trains par exemple. Certaines obsessions constituent le motif de la phobie scolaire.

OBSERVATION 8. L.J.P.

Garçon vu pour la première fois à 6 ans 8 mois, deuxième d'une famille de deux, intelligence normale. La soeur aînée, plus âgée de 8 ans suit un cours commercial sans histoire.

J.P. est conduit à la consultation pour une phobie des taches. Une institutrice sévère lui avait fait une reflexion au sujet des taches d'encre de son cahier, depuis il ne peut supporter la moindre petite tache où que se soit, sur un vêtement, un cahier etc... Il voit des taches là où il n'y en pas.

Il a eu une période d'impulsivité non controlée et d'exigences anormales vis à vis de sa mère l'obligeant à se coucher, s'asseoir, lui interdisant tel ou tel vêtement etc...

Hospitalisé à Hérolid il y est un peu bruyant, mais s'intègre normalement dans le groupe, pendant la visite du père et de la soeur il reste

calme, mais lors de la visite de la mère il se met en colère et parle de nouveau de taches sur tout ce qui l'entoure. La mère est une femme surexcitée, logorrhéique paraissant un peu débile. Elle parle à son fils comme à un bébé et s'irrite avec lui.

L'année suivante l'enfant va à l'école, mais a toujours des difficultés avec la mère. La phobie des taches n'est pas réapparue, mais la mère se plaint de son opposition : " il mange au lit, écrit sur les murs..."

3 ans après la première consultation, la mère écrit que tout va bien, l'enfant ne voit plus de taches, ne se met plus en colère, bien classé à l'école, elle le dit cependant "maniaque".

OBSERVATION 7 M.J.P.

Fils unique, enfant non désiré, né après 15 ans de mariage, vu pour la première fois à l'âge de 14 ans et 6 mois.

Le père a été 5 ans en captivité en Allemagne.

La mère est une femme très anxieuse, insomniaque, elle-même phobique.

J.P. a eu des difficultés alimentaires jusqu'à 7 ans. Depuis quelque temps apparition de nombreuses phobies, peur de s'endormir, peur du train, des accidents. Il a été vivement frappé par la mort de 3 camarades, l'un de leucémie, les deux autres accidentellement. Il a des tics divers, des rites de rangement.

Depuis l'apparition des phobies le rendement scolaire a baissé, puis refus scolaire. Il aurait été longtemps tête de turc de la classe. Actuellement anxieux a peur de mourir, se plaint de suffocation.

Très fixé à sa mère, il n'a aucune activité spontanée seul. Il a subi et doit encore subir des interventions pour un hypospadias. On décide l'hospitalisation pour observation et psychothérapie. Il s'agit d'un garçon passif est lent, anxieux avec lequel on a peu de contact au début.

Cependant au bout de 2 semaines on aboutit à une détente.

Deux ans après on apprend par une lettre de la mère que J.P. travaille d'une façon assez satisfaisante. Les interventions chirurgicales répétées l'ont obligé à redoubler mais il veut passer son brevet et on ne parle plus de phobies.

Il reste cependant à 16 ans un adolescent très solitaire, sans camarade ni ami, qui se refuse à passer une seule journée de vacances sans ses parents.

Quand on le voit avec sa mère, il est silencieux, c'est elle qui parle à sa place, il ne répond que par monosyllabes et, le plus souvent par un "non" qui le dispense de parler.

L'avenir reste très préoccupant, la probabilité d'un comportement névrotique à l'âge adulte est très grande.

Ceci suggère l'idée d'un certain terrain, d'une certaine tendance facilitant l'apparition d'un symptôme.

Dans la dernière observation non seulement l'enfant mais la mère est phobique et anxieuse.

Contrairement aux premières publications des auteurs anglo-saxons notre étude comprend beaucoup plus de garçons que de filles (21 contre 4). Actuellement les articles américains en particulier trouvent à peu près les mêmes proportions dans les deux sexes et ceci surtout depuis que des études systématiques ont été faites pour dépister les phobies scolaires camouflées. Dans les premières publications des auteurs anglo-saxons, les filles étaient au contraire nettement plus nombreuses.

Il est probable que l'importance plus grande accordée dans les pays latins aux études des garçons joue ici un rôle. Les familles sont moins inquiètes de voir leurs filles manquer l'école, quelle qu'en soit la raison, que leurs fils qui doivent le plus souvent réussir des études "poussées" aussi loin que possible.

Tous les milieux se retrouvent parmi les parents de ces enfants, les enfants uniques ou aînés sont un peu moins nombreux que ceux de familles de 2 enfants et plus.

La recherche des causes de la phobie par l'interrogatoire révèle souvent des motifs scolaires divers, dont nous avons déjà parlé, ou un facteur précis de la vie de l'enfant qui déclenche brutalement la phobie, il semble précipiter son apparition en cristallisant l'anxiété de l'enfant.

On cite en particulier à plusieurs reprises le notion de changement de milieu ou de mode de vie au début des difficultés. Cependant dans tous ces cas en approfondissant un peu l'étude de l'enfant on retrouve dans ses antécédents ou dans ceux de sa famille une anxiété latente plus ou moins bien masquée.

OBSERVATION 19 P.M.N.

Fillette vue pour la première fois à 4 ans 10 mois. Deuxième de deux enfants.

Son aînée plus âgée de deux ans est décrite comme nerveuse et souffre d'asthme.

Le père militaire de carrière était en Algérie, la mère et les deux filles vivaient chez les grands parents maternels en province où l'enfant allait dans une classe à pétat effectif et était très gâtée par sa mère, son développement et son comportement étaient satisfaisants.

Au retour du père la famille s'installe dans un H.L.M. et l'enfant va dans une classe très nombreuse, mixte. Dès la première année elle devient irritable, tête de turc des autres, elle commence à avoir des difficultés alimentaires, des troubles du sommeil avec cauchemars.

Pendant les vacances tout ceci disparaît, mais à la rentrée suivante l'enfant refuse de retourner en classe au bout de 8 jours.

Vue à la consultation on conseille l'hospitalisation, mais les parents la retardent, ils se sentent culpabilisés par l'attitude de leur fille. La mère est une jeune femme très anxieuse et hyperprotégeante, le père souvent absent n'a pas pu s'occuper beaucoup de l'enfant.

Finalement l'enfant entre à Hérold où on la prend en psychothérapie. Au début inhibée et d'humeur irritable elle s'adapte mal, pleure facilement. Progressivement on obtient une détente, l'enfant s'intègre dans le groupe et prend confiance avec les adultes. Les troubles de l'appétit et les cauchemars disparaissent.

Dans cette observation l'enfant normale dans son comportement mais qui a une mère et une soeur anxieuse, vivait très entourée, protégée par la mère dont le mari était loin et peut-être en danger de mort.

La classe à petit effectif prolongeait en quelque sorte le milieu familial.

Brusquement elle doit vivre dans un milieu bruyant, accéléré, avec un père qu'elle connaît mal et avec qui elle doit partager sa mère.

L'école est un endroit lui aussi bruyant où il y a trop de personnes nouvelles, elle se sent perdue et vraiment séparée de sa mère, cette situation lui fait peur.

Dans la plupart des observations où est noté un changement d'école comme début de la phobie, celui-ci n'est pas isolé mais coïncide

avec un changement radical survenu dans le milieu familial.

OBSERVATION 16 S.V.

Fillette vue pour la première fois à 11 ans et 2 mois. C'est la dernière de 3 enfants. Ses deux frères aînés nettement plus âgés qu'elle ont respectivement 20 et 22 ans, font des études brillantes à Centrale et à l'Ecole Vétérinaire. Le deuxième cependant est un anxieux.

Le père était inspecteur divisionnaire dans le commerce des stupéfiants et faisait, pour se distraire, des études de criminologie. Très anxieux il "se sentait devenir fou" il s'est suicidé alors que V. avait 9 ans.

Sa propre mère avait eu une dépression nerveuse, un de ses cousins avait fait une tentative de suicide, un autre a reçu un traitement par électrochoc. Toute cette famille est décrite comme très anxieuse.

V. est une fillette très intelligente qui a eu un développement normal, on note seulement une énurésie jusqu'à l'âge de 4 ans.

La phobie scolaire a commencé au moment de l'entrée en 6ème, dans un nouveau lycée, un mois avant la consultation. On essaye de la mettre dans une nouvelle école sans succès l'enfant maigrit de 2 kg en 2 semaines.

V. est extrêmement anxieuse, en réalité l'anxiété date au moins de 3 ans, elle a été très touchée par la mort de son père, elle n'en a jamais parlé chez elle depuis. Le frère aîné parle de manque de volonté. En fait V. est très dépendante de sa mère, celle-ci la protège beaucoup.

L'entrée en sixième est souvent difficile pour beaucoup d'enfants venant de l'école primaire, mais cette difficulté ne suffit pas à provoquer une panique scolaire.

On a l'impression qu'il existe déjà une anxiété telle que la moindre situation nouvelle va rompre l'équilibre fragile de l'enfant.

Ici encore une fois il est facile d'imaginer que V. ne veut pas être séparée de sa mère seule sécurité qui lui reste, son père ayant disparu; en même temps la mère ne veut pas perdre cette fille car ses grands sont déjà engagés dans des études supérieures qui les

coupent partiellement du foyer.

Les difficultés scolaires intellectuelles n'entrent pas dans les causes de la phobie scolaire, les enfants ont habituellement une intelligence normale voire supérieure à la moyenne. Jusqu'alors travail et résultats scolaires étaient normaux, voire même brillants. Ceci explique le désir d'aller en classe de l'enfant. Parfois une période de ralentissement dans le rendement scolaire précède le refus total.

L'enfant peut être très anxieux de voir baisser son classement et ses résultats parcequ'il manque l'école, mais cet argument qui le touche autant que ses parents, ne suffit pas à dissiper son anxiété.

Tous à des degrés divers sont des anxieux hyperémotifs, constamment en insécurité.

Pris en observation ou en psychothérapie on les trouve souvent passifs. Plusieurs T.A.T. mentionnent cette passivité devant une situation nouvelle.

L'enfant semble se laisser dominer et de fait il est dirigé par son angoisse, par l'attitude de sa mère.

Un certain nombre d'entre eux sont conduits à la consultation pour colère ou opposition. Il s'agit soit de l'enfant petit, rageur et obstiné manifestant sa peur par la colère, peur non perçue par la mère, soit d'un enfant qui réagit par une opposition aux sollicitations contradictoires de sa mère, aller à tout prix à l'école, rester à la maison pour sa santé.

L'ENFANT ET SA FAMILLE

A - Ce qui est le plus net dans l'étude des causes de la phobie scolaire c'est l'existence d'une fixation étroite à la mère ou à son substitut. La plus grande fréquence entre 7 et 13 ans concorde avec le fait qu'il s'agit souvent de conflits oedipiens non résolus.

Certains auteurs comme L. EISENBEG expliquent la persistance de ce couple mère-enfant de la façon suivante : la mère est hyperprotégeante, l'enfant est dépendant de sa mère et ne peut s'en séparer, il provoque ainsi l'hostilité maternelle qui explose périodiquement de façon disproportionnée avec la conduite de l'enfant, la mère se sent coupable de sa colère et de ses punitions et devient de nouveau hyperprotégeante pour "séduire" en quelque sorte l'enfant. On se trouve alors devant un cercle vicieux d'où ni l'enfant ni la mère ne peuvent sortir.

L'enfant peut, pour L. EISENBEG et A-M. JOHNSON, être anxieux de ce qui pourrait se passer à la maison pendant son absence. Sa mère peut partir, il peut lui arriver malheur et en particulier par la faute d'un père rival dangereux. Cette anxiété est d'autant plus grande que dans certains cas l'enfant a souhaité la disparition ou la mort de cette mère qui ne lui apporte pas la sécurité et qui le maintient sous sa dépendance. Ces enfants sont souvent une immaturité affective telle qu'ils craignent encore la réalisation de leurs pensées. Ils n'ont pas encore perdu "la pensée magique" de leur petite enfance.

En dépit de leur anxiété ces enfants peuvent se séparer de leur mère pour aller jouer par exemple. Mais cependant dans certaines formes graves aucune séparation n'est possible, l'enfant ne veut ni jouer, ni sortir, ni pénétrer dans le cabinet de consultation sans sa mère.

Il peut y avoir une jalousie envers un frère ou une sœur plus jeune "concurrent" dans l'affection de sa mère restant à la maison pendant l'absence forcée. L'enfant a peur d'être déplacé dans l'amour de sa mère par celui qui reste pendant qu'il est loin de la maison, à l'école dont on ne peut pas librement sortir, pour lui sa mère pourrait être définitivement prise par le plus jeune d'où sentiment de réjection. Mais aussi, à l'inverse, la crainte de ce qui peut arriver au frère ou à la

sœur plus jeune peut être une cause d'anxiété lui faisant désirer rester à la maison car en sa présence, même s'il l'a désiré, rien ne peut arriver à l'autre.

Il faut aussi noter que la non fréquentation scolaire entraîne un bénéfice secondaire pour l'enfant, il reste à la maison dans la paix et la sécurité avec sa mère bien aimée, dans certaines situations familiales cela lui permet de séparer ses parents, de dominer une mère faible ou de défier un père qu'il craint.

B - Nous avons vu l'importance du lien mère-enfant. Il nous faut connaître maintenant la personnalité des parents d'un enfant phobique scolaire. La mère est souvent restée très dépendante de sa propre mère, elle n'a pas acquis une réelle maturité. Elle ne peut apporter à son enfant la sécurité qu'il cherche.

OBSERVATION 15 D.E.

Fille unique conduite par sa mère à l'âge de 12 ans et 7 mois pour une phobie scolaire qu'elle surmonte au prix d'une scène anxieuse pendant le premier 1/4 d'heure de la classe et par une impossibilité de manger.

E. est extrêmement fixée à sa mère, le couple mère-fille paraît difficile à dissocier.

Madame D. est une anxieuse, très dépendante de sa propre mère, perpétuellement inquiète, elle a eu dans son enfance la même fixation profonde à sa mère femme très anxieuse et malade imaginaire. Elle dit avoir une telle intimité de sentiments avec sa fille que l'une sent ce que l'autre pense sans avoir besoin de se parler.

Le père est un homme anxieux, renfermé, qui chez lui passe son temps à faire de la comptabilité en dehors de son travail.

Le pronostic ne paraît pas favorable.

E. se présente comme un enfant inhibée, parlant sur un ton pleurard, d'intelligence normale. La psychothérapie est engagée et amène une détente à l'école et au cours des repas.

Deux ans plus tard on apprend que l'école étant trop difficile pour elle, E. suit des cours par correspondance.

OBSERVATION 9 J.P.

L'enfant adopté par des parents excessivement moraux et rigides. Le père a accepté cette adoption pour faire plaisir à sa femme, il laisse toute l'autorité du ménage à sa femme et se réfugie dans son travail.

La mère est une femme intelligente, demi-sourde, avec un côté perfectionniste, persécuté. Accepte très difficilement le caractère de cet enfant compliqué et nuancé.

L'adoption s'est faite à 18 mois, mais elle a été compliquée du fait que la mère a obtenu l'adresse des parents adoptifs et leur a écrit à plusieurs reprises. La mère adoptive vit donc avec la crainte de la mère et quand l'enfant commet des méfaits lui dit "tu es malhonnête comme ta mère".

J.P. a connu sa situation à l'âge de 6 ans et dit qu'après cette révélation il a "dégrincolé" à l'école. Il dit aussi que lorsqu'il pense à sa mère il la voit comme une sorcière. Il est conduit à la consultation à l'âge de 10 ans et 5 mois pour refus scolaire, petits vols et quelques méfaits particuliers, par exemple il a déchiré la Bible sur l'autel du temple.

Garçon intelligent au visage fin et éveillé, poli presque servile très conformiste, très peu viril. Il se protège constamment par des fabulations, des mensonges et cherche la punition, même attitude à l'école où il ne travaille pas, n'a pas de camarade et cherche toujours la protection et la compagnie des grands garçons.

Madame L. a un lien très difficile avec cet enfant qu'elle a l'impression d'avoir volé à la naissance. Elle se sent très coupable de son attitude qui est le reflet de ses difficultés personnelles. Elle est encore très dépendante et en conflit avec sa propre mère. Son attitude vis à vis de J.P. est extrêmement rigide et peu compréhensive.

Après hospitalisation et psychothérapie on décide de mettre J.P. dans un internat en continuant la psychothérapie.

La mère a une attitude ambivalente envers l'enfant, elle insiste auprès de lui pour qu'il aille à l'école, le conduit chez le médecin ou le psychologue quand la situation lui paraît désespérée, mais en même temps elle affirme que rien ne réussira et à chaque solution proposée pense que se sera un échec, elle insiste sur les malaises de l'enfant

et sur les différents motifs scolaires, l'empêchant de retourner en classe.

Très affectueuse avec son enfant la mère se soumet à lui puis voyant la situation ainsi créée cherche à être sévère mais s'en sent incapable et finalement cède. Elle a des doutes sur sa compétence maternelle. L'enfant peut profiter de cette faiblesse de la mère et ayant expérimenté son manque d'autorité domine sa mère.

OBSERVATION 3 D. CHR

Conduit pour refus scolaire ayant commencé à 7 ans. L'enfant est devenu extrêmement opposant en classe remue les tables, se roule par terre, déchire ses vêtements, se sauve. Puis refuse d'y retourner.

Après plusieurs tentatives de remise en classe le garçon est resté la plupart du temps chez lui jusqu'à l'âge de 9 ans.

Il est l'ainé de cinq enfants parmi lesquels un bon élève, un élève sans histoire, un élève moyen et une fillette ayant un retard psych-moteur, mais aucun d'eux n'a de troubles du comportement.

Le père est un homme nerveux, coléreux, il crie beaucoup et finalement "laisse faire".

La mère est fatiguée elle se dit moins faible, mais cède autant.

Le garçon exploite la carence éducative familiale et fait des chantages continuels.

Pris en observation on le trouve anxieux, mais sans problèmes spéciaux, on pense à un comportement réactionnel à l'attitude parentale. Il s'adapte mieux en collectivité.

Envoyé dans un I.M.P. où il s'adapte très bien.

La mère est souvent insatisfaite affectivement dans son ménage. On trouve peu de divorces ou de séparations, mais les liens du couple sont immatures, l'un se plaint que "l'autre" accorde plus d'importance à l'enfant qu'à lui.

Le père est souvent effacé, parfois dominé par sa femme, n'assume pas son rôle de père ou encore c'est lui qui est dominé par son enfant et celui-ci a deux "mères" anxieuses au lieu d'une.

Certains auteurs trouvent dans tous leurs cas de phobies scolaires des mères ou des pères psychopathes, avec une nette prédominance pour la mère.

Nous avons plusieurs cas de mères malades mentales, mais elles sont loin de représenter la majorité.

OBSERVATION 13 M.M.

Garçon d'intelligence normale, second de 2, vu pour la première fois à l'âge de 9 ans et 7 mois.

Conduit par sa mère et sa tante, parcequ'il refuse à la rentrée de retourner à la pension où il a passé le dernier trimestre de l'année précédente. Il dit que cette pension lui déplaît et que les camarades y sont brutaux.

En fait, en interrogeant sa famille on s'aperçoit qu'il a eu une vie scolaire perturbée. Alors qu'il avait 4 ans, premier séjour de la mère en clinique pour dépression nerveuse.

Entré à la maternelle à 5 ans au bout de trois jours refuse d'y retourner. Le père le conduit de force mais l'enfant crie et refuse. L'année suivante il entre à la grande école, mais absentéisme fréquent pour de nombreuses maladies d'enfant. La mère est à la clinique. A 8 ans il va habiter chez sa tante à Paris, la mère est de nouveau hospitalisée pour dépression nerveuse. A ce moment il change d'école et travaille sans difficulté.

A son retour la mère le reprend, il fréquente l'école irrégulièrement parfois sa soeur aînée doit l'y conduire. Finalement pour le dernier trimestre il est mis en pension.

La mère est une femme malade qui a fait plusieurs séjours en maison de santé pour "psychopathie de type mélancolique". Elle avait 41 ans et son mari 45 quand M. est né, la grande soeur a 8 ans de plus que M. Madame M. a été soignée à 28 ans pour tuberculose pulmonaire.

Le père, ancien officier d'infanterie coloniale, actuellement agent technique, est un homme assez éteint, parlant peu, étouffé par sa femme et sa belle-soeur qui sont toutes les deux hyperprotégées.

On décide d'hospitaliser l'enfant, mais la mère vient le voir tous les jours et refuse de cesser ses visites.

Tout au long de la psychothérapie M. recherche la présence paternelle.

On conseille l'internat ou le séjour chez la tante, mais la mère refuse, elle dit qu'elle ne veut pas abandonner ou rejeter son fils. Elle fait du chantage et ne peut modifier son comportement hyperprotecteur.

Le pronostic reste mauvais car qu'elles que soient les solutions envisagées, elles seront interprétées par la mère sous un jour défavorable.

PRONOSTIC

L'évolution des phobies scolaires paraît dans la majorité des cas favorables si le traitement peut être entrepris assez tôt et suivi.

Les enfants ayant des mères psychopathes sont plus difficiles à traiter la perturbation du lien mère-enfant étant plus qu'une simple névrose et la mère s'opposant systématiquement au médecin.

D'autre part il est certain que l'angoisse de la phobie scolaire peut être d'un degré variable allant d'une petite anxiété à la panique insurmontable de pronostic plus fâcheux.

OBSERVATION 6 R.D.

Garçon de 8 ans 2 mois d'intelligence normale deuxième de deux, conduit pour refus scolaire avec véritable panique.

Sa mère célibataire ne l'a pas élevé, il vivait à la campagne chez ses grands parents. A 8 ans vient à Paris vivre avec sa mère et son frère aîné.

Va normalement en classe dans la même école que son frère. A la rentrée suivante le frère va dans une autre école et D. refuse catégoriquement de retourner en classe.

On ne peut le séparer de sa mère, cependant elle se plaint de son comportement tantôt coléreux, tantôt passif. D. ne sait pas qui est son père, il appelle Papa et Maman ses grands parents, mais il ne veut plus se séparer de sa mère quand elle le conduit chez eux pour y rester. Il promet alors de reprendre la classe à Paris, au bout de quelques jours nouveau refus. On ne peut envisager ni une hospitalisation ni même une psychothérapie ambulatoire l'enfant ayant une peur panique de quitter sa mère même pour un instant. Pendant la consultation, il reste collé contre elle et a l'air complètement affolé. Dit vouloir retourner en classe, mais visiblement son anxiété est trop grande. On pense que cette anxiété peut avoir son origine dans le doute qui règne sur sa filiation, on s'aperçoit assez vite qu'il sait que le Monsieur qui l'a conduit à l'hôpital avec sa mère est son père. On demande à

celui-ci de lui parler et de lui expliquer sa situation. Légère amélioration ensuite, mais de courte durée.

On ne revit pas l'enfant, après les vacances qui se sont bien passées la mère l'a conduit dans un autre service.

Madame R. est soignée par des neuroleptiques pour des troubles mentaux non précisés, son attitude est très ambivalente, à toutes les solutions proposées elle oppose un demi-refus se justifiant par l'impossibilité de réussir avec D.

Enfin nous avons vu que les récidives sont fréquents et il semble que les cas survenant chez les grands enfants et l'adolescent sont les plus difficiles. Un de nos cas n'a commencé qu'au moment de C.E.P., ce garçon de 14 ans était incapable de passer l'examen, ni de suivre l'apprentissage malgré d'excellentes études auparavant. Ces cas survenant en même temps que l'adolescence sont plus difficile à guérir.

Sur les 25 cas étudiés 15 sont retournés en classe et ne semblent avoir aucun trouble particulier du comportement à la maison, cependant il est nécessaire de revoir les enfants plusieurs années après les incidents phobiques pour pouvoir parler de guérison car certains peuvent avoir secondairement un comportement névrotique à l'âge adulte. Ainsi on ne peut toujours augurer d'un avenir favorable pour ces enfants.

Sur les 10 restant, 4 n'ont pas été suivis régulièrement les parents ne les ayant pas conduit au rendez-vous suivant. Les 6 autres ont soit continué à avoir des difficultés scolaires, soit remplacé le refus scolaire par d'autres troubles graves de comportement.

TRAITEMENT

Le but du traitement est de restaurer une vie scolaire normale autrement dit dissiper l'anxiété de séparation ou tout autre cause d'angoisse chez l'enfant.

Il comprend un aspect triple : traitement de l'enfant

traitement ou contact avec la mère et éventuellement le père

liaison avec le milieu scolaire.

La liaison avec le milieu scolaire est indispensable pour expliquer les mesures prises, amorcer la reprise scolaire, éviter les sanctions éventuelles.

Nous avons vu l'importance de lien mère-enfant il est donc nécessaire de donner des conseils à la mère au fur et à mesure du traitement de l'enfant et de son évolution et d'aider la mère à résoudre ses propres problèmes sinon l'enfant risque de se retrouver toujours dans la même situation angoissante.

Avec l'enfant on entreprend une psychothérapie qui permet de lui montrer ses problèmes et de s'en libérer.

OBSERVATION 24 A.M.

Fillette vue pour la première fois à 7 ans et 2 mois. Conduite par sa mère et une amie de celle-ci pour des phobies et des peurs datant de quelques mois.

Fille unique habitant avec ses parents bouchers et ses grands parents maternels, assez grande, fine, au regard très vif. Depuis 3 mois elle se plaint presque chaque jour de douleurs abdominales ou de céphalée. Elle a des tics oculaires, a peur la nuit, dort dans la chambre de ses parents, ne peut pas s'endormir, oblige la mère à se lever plusieurs fois la nuit.

Depuis un mois elle refuse d'aller en classe, toutes les sollicitations sont vaines, elle dit avoir peur et veut rester à la maison.

La petite enfance a été normale, bon sommeil, alimentation normale. Pendant les vacances elle était sans ses parents dans les Vosges chez ses grands parents paternels.

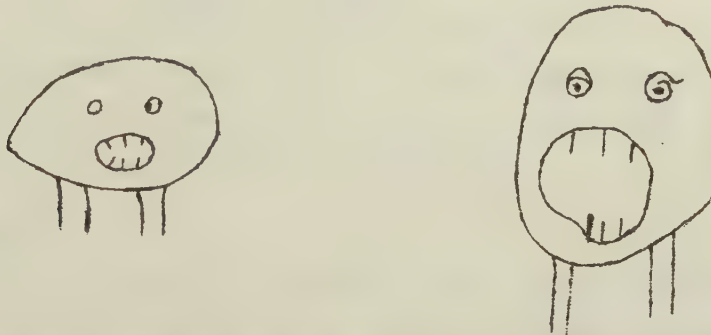
On décide de la prendre en psychothérapie une fois par semaine.

1ère séance

On cherche à séparer M. de sa mère, en la mettant dans la salle d'examen.

Anxieuse, refuse d'aller seule, sa mère l'accompagne, on parvient à faire sortir la mère.

On parle des cauchemars, elle dessine des bêtes féroces qui font peur la nuit. (fig. 1)



"Une bête qui a des yeux et une bouche pour manger les petits enfants"

On cherche à la faire parler des vacances dans les Vosges et des craintes qu'elle aurait pu y avoir. Elle dessine le grand père, la grande mère, personnages assexués, rien n'apparaît qui ait trait à des éléments émotifs.

Une médication sédatrice est ordonnée.

Des conseils donnés à la mère ; ne pas intervenir la nuit quand elle appelle, mais la laisser allumer une lampe veilleuse qu'on mettra à portée de sa main, la laisser manger à son gré aux repas, favoriser chez cette enfant unique des contacts avec d'autres enfants choisis par elle.

2ème séance

Petite détente, dort mieux. Accepte d'aller chez une voisine pour jouer avec une camarade plus jeune qu'elle.

Parle de nouveau de cauchemars qu'elle avait auparavant, se sert de la pâte à modeler pour faire la tête et la bouche de la bête qui mord.

Dessine spontanément un bébé au quatre cinquième enfoui dans le corps de la dame niveau de l'épaule gauche. (fig.2)



Le bébé boit un biberon, sa maman mange.

Personnages très puérils, interprétation avec sa propre situation de fixation à la mère. Elle poursuit le même thème : la mère et le bébé vont aux commissions chez l'épicier.

3ème séance

Grosse détente, bon sommeil, repas calme, accepte volontiers de venir dans la salle d'examens. Quelques regards très brefs vers sa mère, puis ne la regarde plus.

Reprend toujours le même thème de dessins spontanés : la dame est dessinée à nouveau, le bébé en est bien séparé cette fois. Il n'est pas colorié. (fig. 3)



Elle dessine le bébé isolé, il pleure et il prend son biberon. Les personnages sont assexués, semble ignorer la différence des sexes cependant en la poussant un peu il est évident qu'elle connaît cette différence.

4ème séance

La mère est très contente M. ne se plaint plus, dort bien et va jouer tous les jours avec une amie.

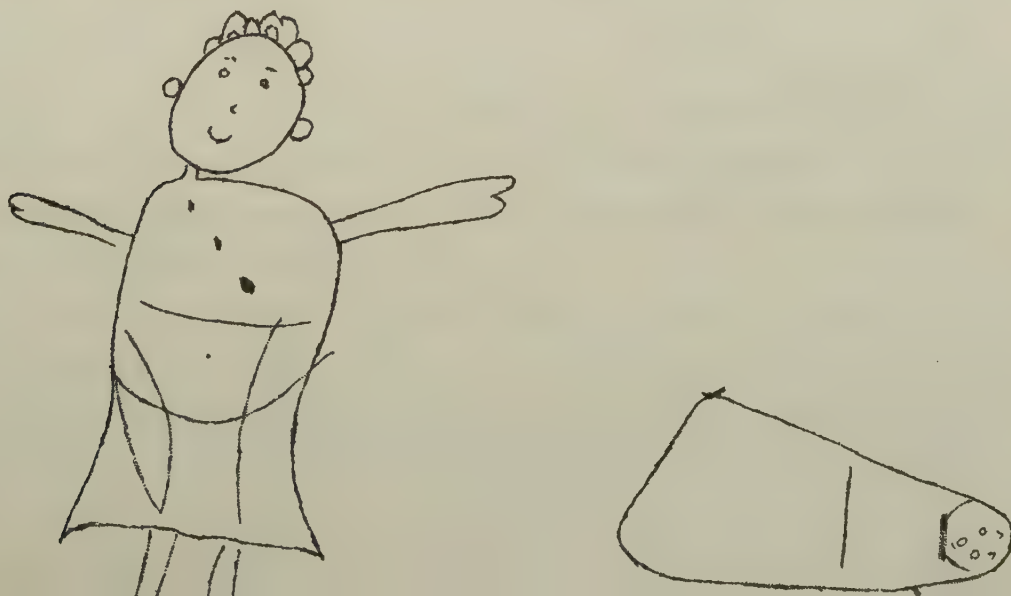
M. dit qu'elle n'est qu'à moitié guérie, qu'elle a encore mal au ventre. Interprétation des maux de ventre comme des refuges pour rester à la maison.

Cette fois dessine une dame et un bébé bien séparés l'un de l'autre, mais toujours assexués. Le petit pleure parceque sa mère s'en va. Puis deux ou trois dessins d'un bébé dans sa voiture et d'un grand bébé qui va au commissiens. Ce grand bébé est en fait une image maternelle. On retrouve sur l'épaule gauche le bébé appendu qu'on a vu à la première séance. On lui fait remarquer, elle sourit. On fait également remarquer l'identité entre tous les personnages. Dans le dernier dessin la dame avec des bras bien placés et une robe est exécutée entièrement par elle, mais à la suite des suggestions données.

5ème séance

Mère très contente, situation très détendue, on ne parle plus de mauvais sommeil M. fait les commissions et commence à s'ennuyer sans camarades.

Dessin spontané, toujours le même thème: maman avec son bébé là (elle montre sur l'épaule gauche) Cependant à mesure qu'elle dessine, elle pense qu'il faut une robe et ayant dessiné une robe refuse de lui mettre un bébé sur l'épaule. Elle retourne la feuille et dessine cette fois la maman avec une robe bleue, les bras bien placés et un bébé dans un berceau à côté qui est avec un biberon. (fig. 4)



Deveit revenir 10 jours plus tard si l'enfant n'allait pas à l'école. N'est pas revenue.

Deux mois plus tard lettre de la mère disant que M. va à l'école très facilement comme si rien ne s'était passé.

Enfin lettre de la mère 7 ans après la première consultation. M. travaille normalement prépare le C.E.P. chez elle est un peu nerveuse.

Il faut faire retourner l'enfant à l'école le plus tôt possible car plus longtemps il reste chez lui, plus la reprise scolaire sera difficile à la fois du point de vue social - reprise de contact avec le maître et les camarades - et du point de vue travail intellectuel, le retard scolaire allant en s'aggravant.

Si l'enfant n'est pas encore capable de retourner en classe, il faut essayer de s'arranger avec l'école de façon à ce qu'il aille dans le bâtiment de l'école, dans un bureau ou chez la directrice par exemple pour une ou plusieurs heures par jour. Chez les enfants petits on peut conseiller à la mère de venir au début avec l'enfant dans la classe même, mais en pratique ceci n'est possible qu'au jardin d'enfant ou à la maternelle.

Si au début on juge utile de donner à l'enfant des cours particuliers il est préférable de le faire aller seul chez le professeur et non de faire venir celui-ci à la maison.

Pour tout cela il est naturellement indispensable d'avoir un contact fructueux avec le directeur et les maîtres.

Les solutions extra-scolaire telles que cours particuliers faits à la maison, peuvent donner une fausse impression de guérison. L'enfant se conduit normalement avec les camarades et à la maison, car il n'est jamais séparé de sa mère, mais le problème est loin d'être résolu et le lien mère-enfant ne fait que croître lors des séparations inévitables le drame sera encore plus grand.

Parfois si le milieu familial est trop perturbé (mère psychopathe) ou trop peu éducatif on est obligé d'éloigner l'enfant en l'envoyant soit chez quelqu'un de sa famille soit dans un internat simple ou médico-pédagogique. si les troubles sont trop importants. Dans certains cas le changement d'école entraîné par ce déplacement favorise l'évolution.

Il est bon de fixer avec l'enfant la date précise de sa rentrée en classe. Il doit revenir 2 ou 3 jours après cette rentrée dire ce qui est arrivé.

La psychothérapie entreprise avant le retour à l'école doit continuer après celui-ci jusqu'à ce que l'enfant soit entièrement libéré de son angoisse.

Certains auteurs anglo-saxon font intervenir la menace de la loi qui exige que chaque enfant aille à l'école, ceci est peut-être possible là où existent des équipes médico-pédagogiques scolaires en liaison avec les différents organismes juridiques et sociaux et pouvant alors utiliser de tels moyens sans danger.

Une fois la guérison acquise il est bon de revoir l'enfant au bout de quelques mois pour se rendre compte de la solidité de cette guérison et au besoin prévenir une récurrence.

C O N C L U S I O N

La phobie de l'école est un comportement d'enfant relativement fréquent qui consiste en un état d'anxiété aiguë lié à la venue à l'école ; d'où un refus angoissé qui se renouvelle chaque jour et s'aggrave progressivement à mesure qu'approche le moment du départ.

Notre étude porte sur 25 enfants de 5 à 14 ans et montre l'importance des problèmes affectifs familiaux à l'origine de la phobie de l'école.

Dans la majorité des cas, il s'agit d'une perturbation du lien mère-enfant et le trouble le plus souvent retrouvé est la crainte de se séparer de la mère. Crainte parfois justifiée par des séparations antérieures plus souvent expliquée par les difficultés personnelles de la mère.

Le pronostic souvent considéré comme défavorable nous semble meilleur qu'on ne le dit habituellement : sur 25 enfants nous avons des nouvelles de 23 enfants, 15 d'entre eux suivent ou ont suivi une scolarité normale et ont un comportement satisfaisant.

Vu, le Président de Thèse
Professeur CATHALA

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - BERNSTEIN L. - KIRK M. - MONK M. - NOBLE H. & WERLY E. -
The use of a therapeutic Nursery School in cooperation
with Clinical Treatment of an Acute Separation Problem
American Journal Orthopsychiatry Vol. 24 N° 2 pp 291-306
1954.

- 2 - BONNARD A.J. (Londres) - La phobie de l'école est elle un syndrome ?
Enfance 1951 n° 2 p. 183

- 3 - BORNSTEIN B. - The analysis of a phobic child in the psychoanalytic study
of the child - Vol. III-IV NY - International University
Press 1949 pp. 181-226

- 4 - EISENBERG L. - School Phobia. A study in the communication of anxiety
The American Journal of Psychiatry Vol. 114 N° 8 - Feb. 1958
pp. 712-718

- 5 - ERICSON E.H. - Childhood and Society Norton NY 1950

- 6 - ESTER H.R. and others - Separation anxiety - American Journal
Psychotherapy oct. 1956 Vol. 10 N° 4 p. 682

- 7 - FENICHEL O. - The psychoanalytic Theory of Neurosis
NY WW. Norton Co 1945 VOL. I p. 215

- 8 - GARDNER G.E. - The child with School Phobia - Presented at the 38 th
Annual Convention of the National League to Promote School
Attendance - Boston Oct. 27 1952

- 9 - GLASER K. - Problem in school attendance, School Phobia and related conditions Padiatric, Springfield 1959 23 N° 2 Feb.
pp. 371-383

- 10- J. ACONBSEN V. Influencial Factors in the Outcome and Treatment of school Phobia- Smith Coll. Studie.in Soéial work 18 (3) 1948 pp.181
202

- 11- JENILD MARKEYS & JENILD - Childrens' fear - Child Development
Monogr. Series N° 12 1933

- 12 - JOHNSON A.M. - School Phobia - American J. Ortopsychiatry II,
1941 pp. 702-711

- 13 - KAGAN J. - Psychological study of a school phobia in one of a pair
of indential twins - Journal of projective technique Glen-
dale 1956, 20 N° 1 March pp. 78-87

- 14 - KANNER L. - Child Psychiatry Chah C. Thomas Springfield II éd. p.195

- 15 - KLEIN E. - The reluctance to go to school
Psychoanalitic Study of the child. Vol. I International
Univ. Press. N° I 1945 pp. 263-279

- 16 - LAUNAY C. Phobie de l'École - Revue de Neuropsychitrie infantile et
d'Hygiène Mentale de l'enfance 5 ème an. mars-avril 57
N° 3-4

- 17 - LAUNAY C. Hygiene mentale de l'écolier P.U.F. coll. Paideia pp 46-51

- 18 - MILLER - Rapport du 1ér congrès de pédopsychiatrie - PARIS 1961

- 19 - ROBIQON D.B.- DUNCAN G.M. & JOHNSON A.M. - Psychotherapy of a Mother
& Daughter with a problem of separation Axiety - Proceedings
of the staff meetings of the Maye clinic Rechester (Min.)
1955, 30 pp. 141-148

- 20 - SUTTENFIELD V. - School phobia a study of five cases - American
Journal of orthopsychiatry NY 1954 24 N° 2 April pp. 368-380

- 20 - TALBOT M. COOLIDGE J.C. & al. - School phobia I panic in school phobia, 2 Neurotic crisis or way of life. 3 Discussion American Journal of orthopsychiatry 1957, 27 N° 2 April pp. 286-309
- 21 - THOMSON J. - Children's fear in relation to school Attendance Presented at National Conference of School Workers. Atlantic City 1948.
- 22 - VAN HOUTEN J. - Mother-child Relationships in Twelve cases of school Phobia Smith and coll Studies. in Social work 18 1948 p. 181
- 23 - VAUGHAN F. - School Phobia - Pittsburgh Schools 27 1954 pp. 102-111
- 24 - WALDFOGEL S. COOLIDGE J.C. & HAHN P.B. - The Developpement, meaning and management of school phobia - Workshop 1956
- 25 - WARREN W. - Acute Breakdown in children with refusal to go to school Arch. Dir. Childhood 23 1948 pp. 266-272



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante

PARIS - V •

Téléphone : ODéon 58-90